FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

N° 19

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jacques MOREAU

né le 2 Septembre 1933 à PARIS (XX°)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

PROBLEMES MEDICO-SOCIAUX
POSES PAR LES TRAVAILLEURS
D'AFRIQUE NOIRE EN FRANCE.

(Bilan de 18 mois d'étude dans un service de Médecine
du Centre Hospitalier de Saint-Denis).

Président : Mr. LEMAIRE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR
Jacques MOREAU
né le 2 Septembre 1933 à PARIS (XX°)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

PROBLEMES MEDICO-SOCIAUX POSES PAR LES TRAVAILLEURS D'AFRIQUE NOIRE EN FRANCE.

(Bilan de 18 mois d'étude dans un service de Médecine du Centre Hospitalier de Saint-Denis).

Président : Mr. LEMAIRE, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique cardiologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Pitié	CORDIER (G.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Boucicaut	LENÈGRE (J.)
	Broussais	SOULIÉ (P.)
	Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	SARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÉZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique		PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale		DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecins	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORGEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BARRIEU (L.), m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BULSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RAGADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUERIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARGAY (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (N.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (E.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRIGAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESCURE (R.) MAGREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMPLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

Ils m'ont permis de mener à leurs termes ces études que je désirais tant.

A ma femme,

Notre route est la même dans le travail et dans la vie.

A mes enfants,

A ma belle-mère,

Son dévouement a une grande part dans la réussite de nos études.

A ma famille.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152014_0037

A Monsieur le Professeur LEMAIRE

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui a bien voulu nous honorer en présidant notre Jury, en témoignage de remerciements.

A nos Juges.

A Monsieur le Professeur Agrégé ALBAHARY

Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis.

Qui nous inspira ce travail.

Avec notre profonde reconnaissance pour son enseignement et notre respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur GUILLAUME,

Médecin Adjoint de l'Hôpital de Saint-Denis

Avec nos remerciements pour les conseils qu'il nous donna dans la réalisation de ce travail.

A nos Maîtres dans l'Externat

- Docteur Alain MOUCHET, Membre de l'Académie de Chirurgie - Chirurgien des Hôpitaux
- Docteur RUBENS-DUVAL, Médecin des Hôpitaux
- Docteur PESTEL, Médecin des Hôpitaux
- Docteur MASPATIOL, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux.

  Officier de la Légion d'Honneur.

A nos autres Maîtres dans les Hôpitaux.

INTRODUCTION

La ville de Saint Denis, au centre d'une zone industrielle dynamique, groupe environ cent mille habitants . Ce centre est un pôle d'attraction pour la main-d'oeuvre étrangère par les possibilités d'embauche qu'elle procure . Présentement, il n'existe qu'un seul Centre Hospitalier de 800 lits ce qui est peu déjà pour une cité aussi active et peuplée et ce qui apparait tout à fait insuffisant lorsqu'on sait que le Centre Hospitalier de Saint-Denis draine en plus les communes environnantes .

Dans le Service de Médecine Interne du Professeur Agrégé ALBAHARY nous remarquons depuis 1960 un recrutement croissant de malades de race noire .

Nous avons pu ainsi grouper dans une période de dix-huit mois allant de Janvier 1961 à Novembre 1962, soixante sept dossiers concernant presque exclusivement des hommes (soixante six hommes et une femme) .

Pour ce qui est de leur origine territoriale nos malades se répartissent en :

Malien	:	44
Sénégalais	:	8
Mauritanien	:	7
Nationalité non précisée	:	8

Il s'agit de sujets jeunes dont l'âge moyen est compris entre vingt et trente ans . Ces travailleurs africains sont issus de milieux ruraux et

ne parlent pas français pour la presque totalité .

Enfin ces malades sont pour la plupart des travailleurs arrivés en France de fraiche date puisque nous montrerons que 63 % de nos malades étaient en France depuis moins de six mois et 84 % depuis moins d'un an .

Notre travail se propose, d'une part de faire le bilan des affections cliniquement constatées et des désordres biologiques systématiquement recherchés, d'autre part d'examiner les problèmes médico-sociaux que pose la transplantation de ces travailleurs pour eux-mêmes et leur entourage et pour la société .

Ce travail sera divisé en trois chapitres :

CHAPITRE I

Il s'agit d'une étude clinique et paraclinique spécifique surtout polarisée sur les points suivants :

- Tuberculose
- Trépanomatose
- Bilharziose
- Filariose
- Autres parasitoses : Paludisme
  Parositoses intestinales

CHAPITRE II

Il s'agit d'une étude biologique particulière menée systématiquement à propos de :

- hémoglobines anormales
- vitesse de sédimentation
- protides sanguins
- éosinophilie

CHAPITRE III

C'est, nous semble-t-il, l'aboutissement logique et nécessaire de cet exposé de pathologie exotique observée sous nos climats à savoir : les résultats d'une enquête médico-sociale s'efforçant de préciser les conditions d'arrivée et de séjour en France de ces Travailleurs noirs .

CHAPITRE I

ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE SPECIFIQUE

I - TUBERCULOSE

La recherche de la Tuberculose chez ces sujets transplantés et vivants dans des conditions d'hygiène précaire a été faite systématiquement .

- 64 cuti-réactions à la tuberculine brute de l'Institut Pasteur ont été pratiquées .

- 26 de ces cuti-réactions étaient d'emblée positives .

- 28 réactions ont été négatives mais parmi ces cas :

  . 5 intradermo réactions à 10 unités ont été positives et 5 autres intradermo-réactions à 50 unités ont été également positives .

Ce qui fait un total de 36 sujets présentant une réaction tuberculinique positive sur 64 soit 56 % .

Il est malheureusement impossible de parler de virage chez des sujets n'ayant jamais subi un tel examen .

Quoiqu'il en soit, 9 de nos malades portaient des lésions pulmonaires, pleuro-pulmonaires ou ganglionnaires, que nous rapportons brièvement :

1 - S... Kohy - En France depuis 16 mois . Tuberculose pulmonaire bilatérale avec caverne du sommet droit et nodule axilaire gauche diagnostiquée en novembre 1961 . La cuti-réaction était négative en Novembre 1960 .

2 - B... Samba - En France depuis 6 mois . Primo infection tuberculeuse avec granulome polylobé lobaire inférieur .

3 - D... Bano - Séjour en France non précisé . Primo infection tuberculeuse avec adénopathie parahilaire gauche .

4 - C... Sidy - En France depuis 18 mois . Primo infection avec adénopathie médiastinale .

5 - N'G ... Ladji - En France depuis 4 mois . Pneumopathie aigüe lobaire supérieure gauche tuberculeuse . Expectoration bacillifère - cuti et I.D. à 10 unités négatives au départ .

6 - G... Mamady - En France depuis 2 ans . Infiltrat non homogène à point de départ hilaire droit et base gauche . Adénopathie sus claviculaire tuberculeuse .

7 - T... Boubocar - En France depuis 4 ans . Pleurésie séro fibrineuse .

8 - T... Sékou - En FRANCE depuis 1 an. Tuberculose pulmonaire excavée.

9 - F... Fousequa - En France depuis 5 mois . Tuberculose pulmonaire miliaire bilatérale respectant les sommets .

Au total deux faits ressortent de cette brève étude phtisiologique . D'une part l'importance de la tuberculose chez ces transplantés depuis peu : 9 cas sur 67 malades hospitalisés soit 13 % de nos hospitalisations . D'autre part, l'allure rapidement évolutive que prennent ces primo infections et l'importance des lésions observées au premier examen, en particulier la participation ganglionnaire qui nous a paru particulièrement sévère .

Brocard et coll. (1962) ont récemment souligné la fréquence de cette affection et la participation ganglionnaire médiastinale importante généralement observée . Ils posent le problème du facteur ethnique ou de la contamination massive (sujet contagieux avant leur arrivée en France - hygiène précaire - promiscuité) dans ce tropisme plus particulièrement ganglionnaire de l'affection .

Enfin il faut dès maintenant souligner la difficulté qu'il y a à faire admettre à ces malades la nécessité d'un traitement de longue durée . Bien souvent ils refusent leur placement en milieu de cure spécialisé ou

en sortent rapidement sur leur demande . Le retour à une vie collective de tels malades, insuffisamment traités, pose donc un très important problème d'hygiène sociale .

II - TREPANOMATOSE (SYPHILIS - PIAN)

Pour 41 de nos malades nous avons demandé un examen de Bordet Wasseman avec les réactions de Reiter, Kolmer, Kline et Kahn .

28 fois l'examen a été négatif .

1 fois les résultats ont été dissociés et douteux

12 fois les résultats ont été fortement positifs et les 8 tests de Nelson pratiqués dans ces cas ont été positifs à 100 % .

Au total nous avons donc 30 % de réactions positives pour 41 malades pris au hasard .

Chez aucun des sujets présentant des réactions positives on n'a pu obtenir la notion d'un chancre récent . On n'a pas non plus retrouvé d'autres stigmates de la syphilis pas plus d'ailleurs que de lésions cutanées ou osseuses du pian .

Bref dans tous ces cas nous avons considéré qu'il s'est agi de syphilis sérologique méconnue et encore non traitée .

A ce propos il ne faut pas oublier deux causes d'erreurs dans l'interprétation des résultats, qui sont d'ailleurs de valeur inégale :

a - les désordres protéiniques, tels que nous les verront plus loin, qui d'après GUTHE donneraient 23 % de réactions faussement positives ;

b - le pian qui donne toujours en tant que trépanomatose (Tréponema pertenue) une réaction anticorps de Wasserman et anticorps immobilisant les Tréponèmes (Nelson) .

Certains auteurs ont même soutenu l'existence d'une immunité croisée entre ces différentes trepanomatoses .

Nous avons pour notre part accepté le diagnostic préférentiel de syphilis en l'absence de lésion cutanéo-osseuse de pian .

Enfin en dehors de toute notion de morbidité ultérieure rappelons que le traitement initial reste le même dans les deux affections .

III - BILHARZIOSE

Il s'agit presque exclusivement de cas de bilharziose urinaire à schistosome hématobium dont nous avons réunis 34 observations parmi nos 67 malades . Nous n'avons en effet retrouvé qu'une fois des oeufs de schistosome MANSONI dans un examen de selles .

La recherche de cette bilharziose urinaire a été pratiquée systématiquement sur différents plans :

1 - Clinique, tout d'abord ; et l'hématurie est souvent le motif de l'admission dans un service de Médecine . C'est le seul signe fonctionnel, s'étant manifesté parfois il y a déjà plusieurs mois ; mais les difficultés d'interrogatoire n'ont pas toujours permis de le mettre en évidence . Aussi le diagnostic a-t-il souvent été porté sur les résultats d'une enquête que nous avons voulu aussi systématique que possible, à savoir :

2 - Un bilan biologique qui seul apporte des éléments de certitude .

a - la recherche d'oeuf de bilharzies dans les urines a été effectuée chez 55 de nos malades . 31 fois, des oeufs ont été retrouvés .

b - une cystoscopie a été pratiquée chez 24 de nos malades par le Docteur JAUPITRE à l'Hôpital Tenon qui les a complété par des cystophotographies . Nous pensions avoir là, outre l'intérêt diagnostique, de précieux documents pour apprécier l'efficacité de la thérapeutique . Malheureusement il nous a été impossible jusqu'à maintenant de revoir ces malades difficiles à convoquer après leur sortie d'hôpital .

Des lésions typiques de bilharziose vésicale ont été retrouvées 22 fois dont 4 fois chez des sujets pour lesquels l'examen des urines n'avait pas permis de mettre en évidence des oeufs de bilharzies .

Une fois l'examen s'est révélé seulement suspect malgré la présence d'oeuf dans les urines .

Une fois l'examen s'est révélé normal en accord avec l'examen des urines .

Par ailleurs dans un but pronostique, nous avons demandé dans la mesure du possible :

c - une urographie intra-veineuse . Cette exploration a été subi par 19 malades . Des anomalies ont été constatées 10 fois en rapport

avec la bilharziose de l'arbre urinaire . Nous avons été frappés par l'importance des dilatations urétérales atteignant jusqu'à deux et quatre centimètres de largeur et apparemment bien supporté par ces sujets jeunes . Une fois, découverte d'une malformation congénitale : double nephron bilatéral avec dédoublement des uretères droit et gauche et jonction au niveau de L3 ; dilatation sous jacente de l'uretère commun à droite et à gauche en rapport avec la bilharziose urinaire .

Trois fois l'urographie intraveineuse était normale alors que la cytoscopie montrait des lésions étendues au niveau de la vessie .

d - le taux de l'azotémie . Chez ces malades jeunes, malgré l'existence de lésions étendues de l'appareil urinaire, l'urée sanguine se maintient à des taux allant de 0,20 gramme par litre à 0,45 gramme par litre . Cependant l'azotémie chez deux porteurs de lésions bilharziennes atteignait 0,90 gramme par litre .

3 - Parallèlement à cette enquête diagnostique et pronostique nous avons le plus souvent possible mis en jeu différentes techniques de principe immunologique . Nous avons voulu, en effet, profiter de ce recrutement encore exceptionnel en France pour apprécier la valeur de ces techniques et en déduire si l'on pouvait ou non s'en contenter pour une étude systématique de toute la population noire de Saint-Denis dans un but de prévention et de traitement d'affection latente : ce que nous souhaiterions voir s'organiser dans un deuxième temps .

C'est ainsi que nous avons pratiqué ou fait pratiqué :

a - quinze intradermo-réactions avec l'antigène bilharzien fourni par l'Institut Pasteur . Cet examen a été dix fois négatif, en contradiction 3 fois avec un sérodiagnostic positif et 6 fois avec un état de bilharziose connu par la présence d'oeufs de bilharzie dans les urines et l'existence de lésions observées en cytoscopie . La réaction a été positive 4 fois chez des porteurs de lésions vésicales . La réaction a été douteuse une fois chez un sujet présentant une réaction de Vogel-Mining positive mais aucun autre signe de bilharziose .

b - 27 séro-diagnostics par réaction de fixation du complément ont été demandés à l'Institut Pasteur .

Les résultats ont été 19 fois négatifs malgré l'existence parmi ces

19 cas de 10 bilharzioses urinaires connues . Les 8 autres résultats furent positifs avec des lésions de bilharziose constatées par ailleurs .

c - La réaction de Vogel Mining

Cette réaction met en rapport le sérum de sujets présumés infestés avec des cercaires vivants de Schistosoma Mausoin . Il se forme alors un précipité pseudo-membraneux engainant la cercaire . Cette réaction est théoriquement valable quelque soit l'espèce en cause (schistosoma Mansoni, hematobium ou japonicum) . Ce test est très fidèle, néanmoins elle est parfois complétée par une autre réaction qui donnerait des résultats plus spécifiques et peut-être plus constant encore . Cette dernière, appelée C.O.P. au précipité circum-ovulaire, met en oeuvre des oeufs vivants de schistosoma hematobium ou de shistosoma Mansoni. Il se forme alors au contact du sérum du sujet infesté un précipité péri-ovulaire prenant un aspect filamenteux, tentaculaire, irradiant à partir de l'oeuf .

Nous avons demandé cet examen 14 fois .

La réponse au test de Vogel Mining a été positive 10 fois en accord avec un diagnostic de bilharziose porté sur l'examen des urines et les résultats de la cystoscopie .

Le test de Vogel a été négatif 4 fois . Dans un cas il était en contradiction avec la présence d'oeufs de schistosoma hematobium dans les urines du malade . Nous n'avons malheureusement pas eu de C.O.P. pour ce cas .

Dans les trois cas négatifs on n'a pu mettre en évidence de bilharziose urinaire mais deux fois le C.O.P. était fortement positif avec schistosoma hematobium .

Différentes constatations apparaissent à la lecture de ces résultats .

Tout d'abord l'importante fréquence de cette parasitose chez nos 67 malades hospitalisés : 35 cas de bilharziose vésicale .

Ensuite on peut juger l'intérêt relatif sur le plan diagnostic des différents moyens d'investigations employés :

- l'intradermo-réaction donne des résultats trop inconstants puis-

que sur 10 réactions négatives 6 étaient en contradiction avec un diagnostic connu de bilharziose .

- Il en est de même du sérodiagnostic qui sur 19 réactions est en opposition 10 fois, donc une fois sur deux, avec le diagnostic porté par ailleurs .

- La réaction de Vogel-Mining par contre apparait plus spécifique et plus fidèle puiqu'elle nous a donné seulement un résultat faux sur 14 examens . Brumpt, Buttner et Picot, à propos de ce test, et après avoir rapporté leur expérience et celles d'auteurs portugais et chinois, soulignent son intérêt par rapport aux autres techniques d'exploration (intradermo-réaction, sérodiagnostic, surveillance de l'éosinophilie, recherche d'oeufs du parasite) . Mais ils précisent que la fidélité du test Vogel et Mining n'est pas absolue et qu'une réaction négative n'élimine pas le diagnostic de bilharziose .

- En définitive outre les douleurs vésicales et l'hématurie, l'examen des urines et la cytoscopie restent indispensable au diagnostic de la bilharziose urinaire .

IV - FILARIOSE

La seule forme de filariose que nous ayons dépistée est en réalité une "fausse filaire" .

Il s'est agi de dracunculose (Dracunculus medinensis ou filaire de Médine) dont 15 cas furent observés parmi nos 67 malades, (soit 22 % de nos hospitalisés) .

Les abcès filariens siégeaient en majorité au niveau du membre inférieur, parfois à proximité du genou avec alors réaction articulaire ; dans quelques cas l'abcès siégeait sur la paroi du thorax . Mr le Professeur Agrégé RISTELHUBER nous a fait connaître l'intéressante observation, dans son service voisin du notre, d'un sujet présentant une paraplégie déterminée par une compression médullaire en rapport avec un abcès filarien intra-rachidien .

Le traitement médical associé à l'incision de l'abcès et à l'extrac-

tion du ver est d'une durée désespérante et n'empêche pas une longue incapacité temporaire.

Il faut noter ici que la plupart des complications de la dracunculose échappe à notre statistique car elles sont traitées dans les services de chirurgie (abcès, lymphangite).

V - AUTRES PARASITOSES

Nous devons noter d'emblée que nos recherches dans ce domaine ont été très décevantes. Nous ne pensons pas que nos résultats reflètent l'exacte situation de nos malades. Il faut plutôt y voir une insuffisance de nos moyens techniques, ce qui justifie par avance nos conclusions ultérieures quant aux besoins médico-sociaux de ces travailleurs noirs.

En effet :

A - PALUDISME

Sur 10 examens sanguins (goutte épaisse) nous avons eu 10 résultats négatifs.

Nous avons eu, par ailleurs, 9 réactions de Henry-Chorine positives sur 28 examens systématiques, sans autre manifestation clinique paludéenne.

Une seule fois nous avons trouvé une splénomégalie régressant bien sous nivaquine sans avoir la preuve certaine du paludisme.

B - PARASITOSES INTESTINALES

Sur 12 examens de selles avec recherche parasitologique, 10 nous sont revenus négatifs ; un examen a mis en évidence des oeufs de Schistosoma Mansoni, et un des trichomonas intestinalis.

Dans le cas à Schistosoma Mansoni, il s'agit de notre seule malade femme, qui signalait avant son séjour en France des antécédents de bilharziose vésicale et d'ankylostomose.

VI - AUTRES MANIFESTATIONS

A - SUR LE PLAN PULMONAIRE

Nous rapporterons succintement :

18 pneumopathies aiguës dont 9 pneumopathies virales, sérologiquement prouvées.

1 hémoptysie cryptogénétique.

1 infiltrat pulmonaire labile à éosinophiles.

1 kyste aérien pulmonaire.

B - SUR LE PLAN DIGESTIF

4 syndromes dysentériques qui en l'absence de toute parasitose aux examens de selles ont été rapportés à des intoxications alimentaires.

oOo

CHAPITRE II

RECHERCHES BIOLOGIQUES

I - HEMOGLOBINES ANORMALES

Une étude complète de l'hémoglobine a été effectuée par M. de Traverse au Laboratoire de Biologie de l'Hôpital Cochin, elle concerne 46 sujets. 15 fois (soit chez 32,5 % de ces sujets) des anomalies ont été constatées. Voici les résultats de ces examens perturbés :

1 - C... Samba

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline = 0,5 %
- Test de falciformation = positif.

2 - D... Lassana

- Mobilité électrophorétique sur papier pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline $<$ 0,5 %
- Test de falciformation = positif.

3 - M... Konaté

- Mobilité électrophorétique sur papier pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline 0,5 %
- Test de falciformation = positif.

4 - S... Bakary

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

5 - D... Fodi

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

6 - D... Diano

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

7 - D... Saïlou

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline = 0,5 %

8 - B... Yero

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

9 - T... Koly

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline = 2,1 %

10 - S... Coulibally

- Mobilité électrophorétique sur papier pH 9,2 = Hb AS
- Solubilité en tampon phosphate 2,24 M = présence de Hb S
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

11 - C... Belaly

- Mobilité électrophorétique sur papier pH 9,2 = Hb AC
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

12 - C... Lassane

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AC
- Fraction lente A_2 = normale
- Résistance à la dénaturation alcaline $< 0,5$ %

13 - C... Ladji

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb AC
- Résistance à la dénaturation alcaline 0,5 %

14 - S... Amadi

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb A
- Fraction lente A_2 = augmentée
- Résistance à la dénaturation alcaline 0,5 %
- Test de falciformation = négatif.

15 - K... Mamadou

- Mobilité électrophorétique sur papier à pH 9,2 = Hb SC
- Chromatographie sur amberlite à pH 6 = Hb SC
- Résistance à la dénaturation alcaline = $<$0,5 %
- Test de falciformation = positif.

Au total, nous avons ainsi retrouvé :

- Hémoglobinose hétérozygote AS = 10 cas
- Hémoglobinose hétérozygote AC = 3 cas
- Thalassémie minime = 1 cas
- Double hétérozygotie SC = 1 cas

Nous avons noté qu'il s'agissait seulement du trait S ou C sans manifestation clinique particulière, même chez notre malade porteur de cette double hétérozygotie SC dont voici l'observation résumée :

K.... Mamadou :

Hospitalisé pour pneumopathie aiguë virale à l'occasion de laquelle on découvre :

- une splénomégalie (qui régresse sous nivaquine malgré l'absence d'hématozoaire à l'examen de la goutte épaisse).

une hémoglobinose avec double hétérozygotie S.C.

- une numération globulaire avec 4.600.000 globules rouges et 6.600 globules blancs dont 54 % de polynucléaires neutrophiles et présence d'hématies en cible.

- la ponction sternale donnait un frottis riche avec excès de plasmocytes et d'éosinophiles.

- le crâne et le fémur avaient une structure osseuse normale à la radiographie.

II - EOSINOPHILIE SANGUINE

Elle est anormalement élevée dans 47 formules sanguines sur 60 examens pratiqués. Sur ces 47 éosinophilies, 29 coexistaient avec une bilharziose urinaire et 13 avec une dracunculose (7 de ces filarioses étaient associées à une bilharziose urinaire).

- 20 fois l'éosinophilie est comprise entre 2 et 10 polynucléaires éosinophiles.
- 14 fois les chiffres sont compris entre 11 et 20 polynucléaires éosinophiles.
- 13 fois l'éosinophilie est supérieure à 20 avec un maximum de 43 polynucléaires éosinophiles.

Linhard signale à propos de 200 examens pratiqués sur des Africains de Dakar que 70 % des sujets examinés avaient une éosinophilie dépassant 10 % avec comme extrême pour son étude 0 et 60. Il fait intervenir trois facteurs :

- la fréquence d'affections parasitaires multiples.
- la possibilité de dermatose allergique ou d'intoxication.
- le déficit fonctionnel cortico-surrénal des races indigènes des pays chauds et régions tropicales qui peut rendre compte, en partie, de l'intensité des éosinophilies observées.

III - L'ETUDE DES PROTIDES SERIQUES

L'électrophorèse du sérum sur papier a été pratiquée pour 36 sujets hospitalisés. Le dosage des protides totaux a été fait pour 38 malades. Ces résultats sont répartis dans un tableau complété par les valeurs de la vitesse de sédimentation à l'entrée et à la sortie du malade de notre service. Ils peuvent être résumés dans le tableau ci-après :

Fraction protéique	Normale	Augmentée	Abaissée
Protides totaux	9	22	7
Albumine	6	1	29
Globulines α_1	8	28	0
α_2	9	27	0
β	19	9	7
γ	5	22	8
Dans un cas les fractions β et γ étaient soudées, le total abaissé.			

On constate donc d'une façon générale :

- une fréquente hyperprotidémie (taux maximum 95 et 97 g/°/$_{oo}$).
- une hypoalbuminémie très fréquente avec un taux moyen de 35 à 50 % de la protidémie, avec comme extrême 29 % et 68 %.
- une augmentation habituelle des globulines 1, 2 et souvent aussi de la .

Boiron et Coll. donnent comme valeur moyenne chez l'adulte normal, Africain de Dakar, les chiffres suivants en gramme pour mille :

Protides totaux	Albumine	Globulines totales	α_1	α_2	β	γ
76,2	38,1	38,1	4,1	7,6	8,8	15,5

Ainsi on trouve en principe un rapport Albumine/globuline = 1.

Ces auteurs estiment que les rapports Albumine/globuline très abaissés (0,60 ou 0,50 et même 0,40) ne concernent pas des sujets sains.

Charmat et Coll. donnent des chiffres sensiblement différents concernant eux aussi l'Africain de Dakar :

Protides totaux	Albumine	Globuline	α_1	α_2	β	γ
87, 1 g	48, 3 g	38, 8 g	3,4	6,5	6,6	22,3

Avec un rapport Albumine/globuline = 1,25.

Ils signalent en outre qu'à la naissance le noir africain et l'européen présentent des taux semblables. Ce n'est que vers l'âge de 10 ans que se modifie l'électrophorèse du sérum. Les auteurs invoquent des facteurs alimentaires, parasitaires et infectieux.

Parallèlement à cette étude du sérum sanguin, nous avons voulu jeter un coup de sonde relatif à deux tests : latex et Waaler-Rose dont on pouvait se demander si les dysprotéinémies observées perturberaient les résultats.

Sur 20 tests, toutes les réactions au latex furent négatives. Par contre, la réaction de Waaler Rose fut positive 4 fois. Nous rapportons ces quatre cas avec les principales perturbations biologiques coexistantes :

S... Amadi :
- réaction au latex = négative
- réaction de Waaler Rose = positive au 1/6
- V.S. = 7 -8
- éosinophilie = 1
- électrophorèse du sérum :

Albumine		45 %
Globuline	α_1	4 %
"	α_2	9 %
"	β	12 %
"	γ	30 %

D... Saïlou :
- réaction au latex = négative
- réaction de Waaler Rose = positive au 1/8
- V.S. = 96 - 115
- éosinophilie = 1
- protides totaux = 74 g °/₀₀

Albumine		38 %
Globuline	α_1	6 %
"	α_2	9 %
"	β	9 %
"	γ	38 %

T... Madiadou
- réaction au latex = négative
- réaction de Waaler Rose = positive au 1/16
- V.S. = 131 - 137
- éosinophilie = 3
- Protides totaux = 84 g °/₀₀

Albumine		31 %
Globuline	α_1	9 %
"	α_2	12 %
"	β	10 %
"	γ	38 %

C... Ladji : - réaction au latex = négative
- réaction de Waaler Rose = positive 1/32
- V.S. = 129 - 139
- éosinophilie = 12 %
- Protides totaux = 95 g %

Albumine		23 %
Globuline	α_1	6
"	α_2	8
"	β	13
"	γ	50

- En outre, réaction de Henry-Chorine positive à 90° et réaction de formol-gélification positive.

Au total, nous avons remarqué conjointement à ces réactions positives une hyperprotidémie avec inversion du rapport Albumine/globuline due à l'abaissement des Albumines et l'augmentation des globulines principalement dans leur fraction γ .

IV - VITESSE DE SEDIMENTATION

Nous avons groupé dans le tableau ci-joint les chiffres à la première et à la deuxième heure de 30 vitesses de sédimentation que nous avons demandés à l'entrée de certains de nos malades puis à leur sortie, et que nous pourrions comparer avec les résultats de l'électrophorèse des protides sériques et du dosage des protides totaux et des fractions sérine et globuline.

Toutes les vitesses de sédimentation étaient accélérées à l'entrée des malades dans le service mais dans des proportions que leur affection ne laissait pas toujours prévoir.

A la sortie, chez des sujets en règle apyrétiques et présentant un état général satisfaisant sans signe clinique d'évolutivité morbide, la vitesse de sédimentation était encore accélérée dans des proportions notables ; sauf dans un cas où la vitesse était normale (2-5). Cette accélération est chaque fois en rapport avec les perturbations protéiniques déjà mentionnées : hyperprotidémie avec inversion du rapport sérine/globuline. Ces résultats concordent avec les observations de différents auteurs.

er	nom prénom	Albumine	α_1	α_2	β	γ	Protides totaux g°/₀₀	Serine g°/₀₀	Globuline g°/₀₀	Rapport S/G	V.S. à l'entrée	V.S. à la sortie
	S..S..Moussa	29	4	10	20	37	86	33	53	0,62	95-112	53-78
	T... Maklouf	57	8	9	12	14					6-19	2-5
	B...Samba						83	38	45	0,84	106-127	13-36
	S...Siekhar						62	32	30	1,06	118-125	
	C...Sekou						84				51-84	68-100
	D...Bano	57	2	8	12	21	71				70-82	59-70
	K...Mamadou	47	5	7	9	37	78				39-60	10-26
	C...Sidy	41	2	8	11	38	84				104-125	98-120
	D...Mady	42	2	1	4	6					86-105	30-65
	C...Samba	50	5	11	13	21	68				20-46	
	C...Diadé						73	34	39	0,87	125-136	90-118
	C...Belaly	45	3	14	12	36	71	35	36	0,97	82-108	55-92
	D...Fadé	42	5	10	20	23	79	38	41	0,93	61-78	
	S..Amadi	45	4	9	12	30					110-114	7-18
	£...Diano	43	4	8	8	37	84					63-98
	F..Fousseyni	31	5	13	17	34	71				18-42	15-35
	T..Kabal	36	2	22	10	30	71	31	40	0,78	93-118	80-110
	S...Samba	33	2	16	16	33	92				87-110	30-64
	D...Mamadou	50	5	11	9	25	81				8-27	
	C...Niaki	54	7	11	6	22						23-48
	D...Saïbou	38	6	9	9	38	74					96-115
	T...Sekou	56	6	9	9	20	89				17-62	
	T...Hadiadou	31	9	12	10	38	84				131-137	
	C...Lassane	40	5	11	15	29	86					25-50
	G...Sandia	54	5	9	10	22					90-111	
	G...Akhibou	50	5	10	12	13	68					4-10
	B...Moussa	58	5	7	12	18	84				20-43	
	B...Yero	56	6	7	13	18	66				74-110	24-50
	C...Ladji	23	6	8	13	50	95				147-151 =37°6)	129-139

Courdurier et Brygo trouvent chez des noirs de Douala une vitesse de sédimentation à 38 pour la première heure et 57 pour la deuxième heure.

Maunet et Baylet sur 200 manoeuvres africaines, apparemment bien portants, relèvent :

10 % de	V.S.	10 mm.
20 % de 10 mm.	V.S.	20 mm.
70 % de	V.S.	20 mm.

pour la première heure. Ils notent concurremment :

- une hyperprotidémie
- une élévation du taux des globulines
- une baisse des sérines
- donc un rapport sérine/globuline abaissé.

Plus que d'une modification raciale il s'agit d'un facteur acquis. En effet on retrouve ici un fait comparable à celui noté pour l'électrophorèse du sérum, à savoir que la vitesse de sédimentation du nouveau-né africain est identique à celle du nouveau-né européen. Les modifications interviennent vers l'âge de 10 ans et les auteurs mettent en cause les parasitoses mais surtout le paludisme.

oOo

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS MEDICO-SOCIALES SUR L'IMMIGRATION TEMPORAIRE EN FRANCE DES TRAVAILLEURS AFRICAINS, DE RACE NOIRE

Nous venons de rapporter succinctement la pathologie clinique et biologique observée au cours de l'hospitalisation de 67 malades originaires d'Afrique de l'ouest, représentant l'expérience d'un service de Médecine du Centre Hospitalier de Saint-Denis pendant une période de 18 mois allant de Janvier 1961 à Novembre 1962 . Nous n'avons pu obtenir le nombre global d'africains noirs hospitalisés pendant cette période à l'Hôpital de Saint-Denis, les autres services (médecine et chirurgie) n'ayant pas fait de discrimination ethnique dans leur classification . De même nous regrettons de n'avoir pu fixer le nombre de travailleurs noirs à Saint-Denis . En effet dans le but d'éviter toute discrimination raciale les différents services officiels (Commune - Sécurité Sociale - Ministère du Travail) n'établissent pas, à notre connaissance de classification spéciale pour ces travailleurs .

Néanmoins il semble que l'on puisse déjà tirer quelques conclusions d'ordre médico-social de ce bilan .

Nos 67 malades ont totalisés 2012 journées d'hospitalisation . Ceci représente une moyenne d'hospitalisation de 30 jours par malade avec comme extrême 3 jours (nous n'avons pas retenu une hospitalisation de 48 heures avec sortie sur la demande de l'intéressé) et un maximum de 112

jours . En outre, n'ayant pas été comptés dans ces deux mille journées, 7 malades ont été envoyés en sanatorium suivre des cures de plusieurs mois .

Pour 57 de nos malades nous avons pu préciser la durée de leur séjour en France avant leur hospitalisation . Nous en rapportons les résultats dans le tableau suivant :

- de 0 à 30 jours	: 8
- de 1 mois à 3 mois	: 18
- de 3 mois à 6 mois	: 10
- de 6 mois à 1 an	: 12
- de 1 an à 18 mois	: 4
- au-dessus de 18 mois	: 5

La durée minimum de séjour en France avant l'hospitalisation était de 12 jours, la durée maximum de 5 ans .

Ces chiffres font apparaitre ainsi que nous le rapportions dans notre introduction que 63 % de nos malades étaient en France depuis moins de 6 mois et 84 % depuis moins de 1 an .

Il faut voir nous semble-t-il dans cette hospitalisation précoce la manifestation d'une inadaptation de leur condition physique à leur transplantation et aux conditions de vie qu'ils trouvent sous nos climats et dans nos villes industrielles . Ceci tout au moins est vrai en ce qui concerne le nombre important de pneumopathies aigües, de tuberculoses et de troubles dyspeptiques . Mais notre étude a mis aussi en évidence les considérations suivantes qui sont fondamentales :

a - Ces travailleurs présentent dans leur presque totalité d'importantes perturbations biologiques traduisant un équilibre physiologique précaire .

b - Ils arrivent en France parasités, ce qui pose deux séries de problèmes :

1 - Tout d'abord pour eux, et c'est dans les cas que nous avons rapportés l'avenir immédiat et ultérieur de ces importantes bilharzioses urinaires, bouleversant la morphologie vésicale et urétérale et finissant par retentir gravement sur la fonction rénale elle-même . De même la lenteur désespérante de l'évolution des abcès filariens contraint ces travailleurs à de longues incapacités temporaires . C'est un aspect particulièrement

dramatique de cette parasitose pour ces travailleurs dont la raison même de la venue en France est la nécessité impérieuse d'un travail régulier et rentable .

2 - C'est enfin un problème important pour leur entourage avec le risque épidémiologique que présente ces tuberculoses pulmonaires en pleine évolutivité et même certaines parasitoses pouvant se transmettre sous nos climats (amibiase - paludisme) . Ce risque épidémiologique étant aggravé par les conditions de vie très modestes que leur situation de main-d'oeuvre non spécialisée et l'envoi de mandats dans leur pays imposent à ces travailleurs . La modicité de leurs ressources ayant pour corollaire une alimentation mal équilibrée et une cohabitation intensive .

o
o o

Devant cet afflux de travailleurs africains de race noire, dont un certain nombre nous donne un tableau de la pathologie infectieuse, parasitaire et biologique de l'Afrique Occidentale, nous avons voulu savoir quelles étaient les conditions de leur accueil en France . Nous nous sommes en effet étonnés qu'ils aient pu quitter leur pays sans que les services d'hygiène publique aient été alertés .

L'Inspection Générale Médicale du Ministère du Travail a bien voulu nous préciser que :

"Les travailleurs africains originaires de pays de l'ex-communauté Française ne sont pas considérés en France comme étrangers .

En conséquence ils sont assimilés aux travailleurs français sans discrimination et n'ont pas l'obligation d'une carte de travail .

Les travailleurs africains originaires des pays n'ayant pas appartenu à la Communauté Française sont soumis au statut général des étrangers et ne font pas l'objet, au titre ethnique, de réglementation spéciale" .

Ces conditions de libre circulation et cette liberté de travail nous a été confirmé par l'Office National d'Immigration qui ne contrôle pas actuellement la venue en France de ces travailleurs .

De même, le Service d'Epidémiologie et de Contrôle des Frontières du Ministère de la Santé Publique nous a fait savoir que, bien qu'alerté depuis peu par différents services hospitaliers parisiens émus de l'importance croissante du nombre de travailleurs africains de race noire hospitalisés, il est sans pouvoir pour effectuer actuellement un contrôle sur ces personnes à leur arrivée en France . Il n'existe aucune possibilité légale actuelle d'exercer un contrôle sanitaire aux frontières autre que celui prévu par la législation internationale . C'est-à-dire, en pratique, le contrôle (sur certificat) de la vaccination antivariolique et l'isolement et le traitement des sujets notoirement malades et présentant un risque épidémiologique .

Notre ensuête nous a conduit alors auprès des Ambassades intéressées . Malheureusement, là encore, nous avons en confirmation qu'aucun contrôle médical n'était effectué ni en France, ce qui est compréhensible, ni lors de leur départ de leur pays respectif, ce qui est plus grave .

Un effort est actuellement fait par l'Ambassade du Sénégal et l'Ambassade de Mauritanie qui, impuissantes à empêcher l'émigration temporaire de leurs ressortissants, cherchent néanmoins à les grouper actuellement en France sous l'égide d'un syndicat pour le Sénégal d'une association pour la Mauritanie . Ces groupements devraient permettre d'avoir une vue d'ensemble sur le nombre, la répartition métropolitaine et les besoins de ces travailleurs mais non sur leur état de santé au départ de leur pays .

La République du Mali semble par contre formellement opposée à la venue en France de ses ressortissants qui émigreraient presque clandestinement par la Côte d'Ivoire et le port d'Abidjan . Partant de ce point de vue les services de l'Ambassade du Mali à Paris ne paraissent pas s'intéresser activement au sort de ces travailleurs qui sont un peu artificiellement rattachés au service culturel de l'Ambassade .

La seule condition que ces Républiques d'Afrique Noire mettent à la venue en France de leurs ressortissants est en fait l'achat d'un billet obligatoirement "aller et retour" pour éviter à leurs organismes consulaires en France d'avoir à les rapatrier eux-mêmes en cas de non-emploi ou d'incapacité physique .

Ainsi, les travailleurs africains, originaires de la République

Islamique de Mauritanie, de la République du Sénégal et de la République du Mali qui sont l'objet de notre étude, jouissent d'une situation particulièrement privilégiée par rapport aux autres travailleurs étrangers puisqu'ils sont en Métropole considérés comme des travailleurs français et bénéficient comme tels d'une liberté totale d'entrée et de circulation en France .

Cette position est extrêmement valable lorsqu'il s'agit d'une forme d'aide économique à ces pays . Elle le serait plus encore si cette immigration temporaire permettait une formation technique de ces populations et, ce qui va de pair, une éducation non seulement sur le plan culturel mais aussi sur le plan de l'hygiène . Elle devient moins défendable lorsqu'elle permet la venue en France de sujets inaptes physiquement à supporter le voyage et les conditions de vie particulières de notre climat et de nos villes industrielles . En outre, ne soumettre ces sujets lorsqu'ils sont employés en France aux seuls examens de Médecine préventive prévus par la législation du Travail paraît insuffisant en ce sens qu'il s'agit d'un terrain particulier nécessitant des examens spécialisés (notamment dans le domaine parasitaire) et une surveillance accrue du fait même de leur transplantation . BRUMPT et GENTILINI ont récemment souligné la gravité sociale du problème qui nous préoccupe, particulièrement bien placés qu'ils sont pour apprécier le risque d'expansion sur notre territoire des parasitoses tropicales et du danger des tuberculoses mal traitées pour la collectivité .

Il nous paraît donc souhaitable, dans l'intérêt commun des différents pays intéressés par ce déplacement temporaire de main-d'oeuvre, et même dans l'intérêt particulier de ces travailleurs africains, d'exercer un contrôle sanitaire .

1 - La solution la plus rationnelle serait que ce contrôle ait lieu au <u>départ</u>, en Afrique . Les ports d'embarquement, Abidjean et surtout Dakar, par où semble passer la plus grande partie des émigrants possèdent l'infrastructure médicale nécessaire . Il faudrait que cet examen soit complet et exigeant dans les domaines parasitaires, infectieux et biologiques . Il est inutile en effet de laisser venir en Métropole des sujets qui verront leur équilibre physiologique déjà précaire dans leurs conditions de vie

rurale africaine, rompu par leur transplantation .

2 - Si ce contrôle sanitaire ne pouvait être mis en oeuvre de façon satisfaisante au port d'embarquement, il est en tout état de cause possible de l'effectuer à l'arrivée soit à Bordeaux soit à Marseille .

3 - Pendant la durée de leur séjour en France, ces travailleurs devraient être médicalement surveillés dans des centres adaptés aux recherches parasitaires et biologiques . En outre le dépistage de la tuberculose devrait être particulièrement soigneux et avoir lieu deux fois par an .

Ces centres devraient être pourvus d'un personnel interprète capable d'atténuer les obstacles psychologiques et linguistiques que rencontrent les rapports entre médecins européens et travailleurs africains . Ces interprètes permettraient en outre de mener à bien, avec les services sociaux, les enquêtes épidémiologiques nécessaires .

Ces organismes pourraient être rattachés aux Centres Départementaux de la Main-d'Oeuvre . Enfin il ne parait pas illogique de soumettre ces travailleurs à l'obligation de la carte de travail ce qui serait le garant de la régularité et de l'efficacité de la surveillance médicale que nous souhaitons .

CONCLUSIONS

L'afflux de plus en plus important de travailleurs originaires du Mali, de Mauritanie et du Sénégal est un fait patent qui s'est traduit depuis deux ans par un accroissement de la fréquentation hospitalière de ces sujets.

Ces travailleurs sont considérés, sur le plan du travail, comme français dès leur arrivée en France. Cette situation privilégiée leur permet d'entrer et de circuler librement en France et de postuler un emploi au même titre et dans les mêmes conditions qu'un travailleur métropolitain.

Or beaucoup de ces africains sont hospitalisés dès les premiers mois de leur séjour en France. Le motif de ces hospitalisations est le fait soit de maladies aiguës ou subaiguës d'acquisition récente (pnaumopathies - tuberculose, troubles dyspeptiques) soit de parasitoses chroniques acquises dans leur pays d'origine et mettant en cause leur avenir et la raison même de leur séjour en France.

Enfin l'existence de désordres biologiques importants fréquemment rencontrés explique un équilibre physiologique précaire que risque de rompre leur transplantation.

Il faudrait éviter cette situation qui apparait :

grave pour ces travailleurs
dangereuse pour leur entourage
coûteuse pour la Société

Un contrôle sanitaire lors de l'émigration serait le plus rationnel. De toute façon ce contrôle est réalisable en France.

La simple visite d'embauche, en tant que travailleur français, est insuffisante.

Un examen au Centre Départemental de la main d'oeuvre avec un bilan particulièrement soigneuse sur les plans infectieux (tuberculose), parasitaire et biologique paraît indispensable. La délivrance d'une Carte de Travail serait le garant de son efficacité.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur LEMAIRE

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BASSET A. -
  Les tréponématoses en Afrique. Revue de Médecine, n° 24 déc. 1962 - p. 805.

- BOIRON (H.), CASTETS (M.), PLAGNOL (H.). -
  Résultats de recherche effectuées sur la sérologie de la syphilis et la protidémie chez l'Africain de Dakar. Bull. et Mém. Ec. Nat. Med. Dakar, 1958, 6, 202-211.

- BOIRON (M.), PLAGNOL (H.), MALLET (M.) et CASTETS (M.).-
  Etude de la protidémie de l'Africain résidant à Dakar. Path. et Biol. (Sem. des Hôp. Paris) 1960, 8 (9.10) 929-937.

- BROCARD H., VANNIER R., GALLOUEDEC CH. et BIJRIN A. -
  La tuberculose des noirs originaires de l'Afrique francophone travaillant dans la région parisienne.
  Société Française de la Tuberculose - 13 - X - 1962.

- BRUMPT L.C., BUTTNER A., PICOT M. -
  Le test de Vogel-Mining dans le diagnostic des bilharzioses. Ann. biol. Clin. Paris. 19 : 29 - 35 Janv. Févr. 1961.

- BRUMPT L.C., GENTILINI. -
  Problèmes sanitaires posés par l'imigration des travailleurs originaires d'Afrique Noire.
  Académie Nationale de Médecine. Scéance du 27 Nov. 1962.

- CHARMOT G., LINHARD J., GINDICELLI P., TRAPPET P. -
  Intérêt clinique des perturbations de l'équilibre protidique en pathologie tropicale. Considérations sur la dysprotéinémie africaine. Méd. Trop. 1953 - 13 - 961-976.

- COURDURIER et BRYGO. -
  Considérations sur la vitesse de sédimentation des hématies chez les noirs d'Afrique. Méd. trop. année 1947, p. 254.

- DUFOUR A., ROUFFILANGE F., JAUPITRE M., TOUDOIRE. -
  La cystoscopie et la photocinématographie dans les bilharzioses vésicales. J. urol. néphro. PARIS, 67 - 174 - 7 Mars 61.

- GUTHE. -
Bulletin de l'O.M.S. 1949, 2, p. 94.

- LINHARD J. -
Quelques constantes bio-hématologiques chez l'Africain. Revue du Praticien. Tome VIII n° 3 - 21 Janv. 1958 p. 291.

- PAILLET R. -
Contribution à l'étude de quelques constantes physiologiques chez le Noir d'Afrique.
Thèse Marseille 1952, n° 1.

oOo